

62

dr. Irma Suswati, M.Kes.
dr. Febri Endra Budi Setiawan, M.Kes.
Yoyok Bakti Prasetyo, S.Kep., M.Kes.
Andri Tilaqsa, M.Farm., Apt.

INTERPROFESSIONAL EDUCATION

IPE

Panduan Tutorial dan Homevisit Kesehatan Keluarga



INTERPROFESSIONAL EDUCATION (IPE)

Panduan Tutorial dan Homevisit Kesehatan Keluarga

Hak Cipta © Irma Suswati, Febri Endra Budi Setiawan, Yoyok Bekti
Prasetyo, Andri Tilaqsa, 2018

Hak Terbit pada UMM Press

Penerbitan Universitas Muhammadiyah Malang

Jl. Raya Tlogomas No. 246 Malang 65144

Telepon 0877 0166 6388, (0341) 464318 Psw. 140,

Fax. (0341) 460435

E-mail: ummpress@gmail.com

<http://ummpress.umm.ac.id>

Anggota APPTI (Asosiasi Penerbit Perguruan Tinggi Indonesia)

Anggota IKAPI (Ikatan Penerbit Indonesia)

Cetakan Pertama, Februari 2018

ISBN : 978-979-796-315-6

x; 141 hlm.; 16 x 23 cm

Setting-Layout : Andi Firmansah

Cover : AH Riyantono

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan cara apapun, termasuk fotokopi, tanpa izin tertulis dari penerbit. Pengutipan harap menyebutkan sumbernya.

BAB 3. KONSEP DOKTER KELUARGA	27
A. Pengertian Dokter Keluarga	28
B. Prinsip Pelayanan Dokter Keluarga	34
C. Tugas dan Wewenang Dokter Keluarga	45
D. Komunitas Dalam Kedokteran Keluarga	55
BAB 4. KONSEP PELAYANAN HOME CARE	61
A. Pengertian Pelayanan <i>Home Care</i>	61
B. Pengelola Pelayanan <i>Home Care</i>	62
C. Kriteria Klien <i>Home Care</i>	64
D. Manfaat <i>Home Care</i>	66
E. Manajemen <i>Homevisit</i>	67
F. Indikator Keberhasilan <i>Homevisit</i>	73
G. Pemantauan dan Penilaian <i>Homevisit</i>	75
BAB 5. PELAYANAN KEFARMASIAN KELUARGA (HOME PHARMACY CARE)	77
A. Tujuan dan Manfaat Pelayanan Kefarmasian	78
B. Prinsip-Prinsip Pelayanan Kefarmasian Di Rumah	78
C. Peran Mahasiswa Farmasi dalam Pelayanan Kefarmasian di Rumah	79
BAB 6. Kolaborasi	85
A. Pengertian tentang Kolaborasi	86
B. Karakteristik dan Pihak yang Terlibat dalam Kolaborasi	87
C. Penerapan Kolaborasi	88
D. Model/pola Praktik Kolaborasi	89
E. Manfaat Kolaborasi	91
BAB 7. STUDI KASUS	93
A. Pengisian Status Kedokteran Keluarga	93
B. Pengisian Status Pengkajian Keperawatan	104
C. Pengisian Status <i>Pharmaceutical Care</i>	113
BAB 8. PENUTUP	117
A. Kesimpulan.	117
DAFTAR PUSTAKA	119
LAMPIRAN	125

KONSEP PELAYANAN *HOME CARE* (TELAAH RISET TENTANG PELAYANAN KESEHATAN DIRUMAH)

Pengertian Pelayanan *Home Care*

Perawatan kesehatan dirumah yang merupakan salah satu bentuk pelayanan kesehatan merupakan suatu komponen rentang pelayanan kesehatan yang berkesinambungan dan komprehensif diberikan kepada individu dan keluarga ditempat tinggal mereka yang bertujuan untuk meningkatkan, mempertahankan atau memulihkan kesehatan atau memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan akibat dari penyakit. Meningkatnya penyakit kronis dan paling banyak pada populasi lansia yang membutuhkan perawatan rutin dan jangka panjang menjadi sesuai bila perawatan yang dilakukan adalah perawatan berbasis *homecare* (Markkanen, 2008; A Lang, 2008, 2010). Pelayanan adalah segala bentuk kegiatan pelayanan umum yang dilaksanakan oleh instansi pemerintah di pusat, daerah, dan lingkungan Badan Usaha Milik Negara/ Daerah dalam bentuk barang dan atau jasa, baik dalam rangka upaya pemenuhan kebutuhan masyarakat maupun dalam rangka pelaksanaan ketentuan perundang undangan (Wijono, 1999).

Home Care adalah suatu pelayanan kesehatan secara komprehensif yang diberikan kepada klien individu dan atau keluarga di tempat tinggal mereka (di rumah), bertujuan untuk memandirikan klien dalam pemeliharaan kesehatan, meningkatkan derajat kesehatan, upaya pencegahan penyakit dan resiko kekambuhan serta rehabilitasi kesehatan (Warhola dalam Bukit, 2008). *National Association for Home Care* (1996) mendefinisikan, *Home Care* disediakan kapanpun saat seseorang lebih memilih tinggal di rumah namun membutuhkan perawatan secara terus menerus yang tidak mudah dan tidak efektif jika dilakukan sendiri oleh keluarga dan teman. Selanjutnya yang perlu diperhitungkan untuk melakukan perawatan *homecare* ini adalah mendekatkan akses pelayanan antara agensi penyedia pelayanan ini dengan pasien. Salah satu yang bisa dilakukan adalah pelayanan *homecare* berbasis layanan elektronik (*e-homecare services*). Penggunaan teknologi ini juga akan menimbulkan manfaat signifikan dibidang kesehatan dengan kecepatan aksesnya. (C Liddy, 2008; S V Hoecke, 2010; SH. Landers, 2010).

Terdapat tiga unsur utama dalam *Home Care*, yakni pengelola pelayanan, pelaksanaan pelayanan dan klien. Pengelola pelayanan adalah agensi atau unit yang

bertanggung jawab terhadap seluruh pengelolaan perawatan kesehatan di rumah, baik penyediaan tenaga, sarana dan peralatan serta mekanisme pelayanan sesuai standar yang ditetapkan. Pelaksanaan pelayanan adalah pelaksana yang terdiri dari tenaga perawatan profesional yang merupakan kolaborasi praktisi kesehatan baik itu perawat, dokter, fisioterapi, ahli gizi dibantu dengan tenaga-tenaga profesional lain terkait dan tenaga non profesional. Klien adalah penerima perawatan kesehatan di rumah dengan melibatkan salah satu anggota keluarga sebagai penanggung jawab yang mewakili klien. Apabila diperlukan keluarga dapat juga menunjukkan seseorang yang akan menjadi pengasuh (*care-giver*) yang melayani kebutuhan sehari-hari dari klien (Prasetyo, 2010).

Pengelola Pelayanan *Home Care*

Home Care menurut Bukit (2008) dapat dilakukan oleh Pusat Pelayanan Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), Pelayanan Kesehatan dibawah koordinasi Rumah Sakit, Pelayanan Keperawatan *Hospice*, Pelayanan Kesehatan praktek mandiri atau berkelompok dan Yayasan Pelayanan Sosial. Zang (2003) menjelaskan ada tiga cara utama pemberian pelayanan perawatan kesehatan di rumah yakni *certified home health agency / CHHA* (Lembaga kesehatan di rumah bersertifikat), *the long term home health care program/ LTHHCPI* (Program perawatan kesehatan di rumah jangka panjang) dan lembaga berlisensi.

CHHA adalah lembaga yang memberikan kesempatan bagi individu yang mengalami penyakit akut untuk menerima perawatan terampil yang dibutuhkan di rumah mereka sendiri. CHHA memenuhi kebutuhan individu dengan memberi berbagai jenis pelayanan, termasuk pelayanan keperawatan terampil, terapi wicara, terapi fisik dan terapi okupasi, pelayanan sosial medis, asisten perawatan kesehatan di rumah, konseling nutrisi transportasi, peralatan, dan terapi pernapasan. Program khusus seperti pelayanan kesehatan mental, pelayanan pediatrik, program anak dan ibu, program AIDS, terdapat juga pelayanan berteknologi tinggi seperti terapi intravena, kemoterapi di rumah, dan penatalaksanaan nyeri. Pelayanan yang diberikan CHHA disebut juga sebagai pelayanan keperawatan singkat.

LTHHCPI atau rumah perawatan tanpa dinding, dibentuk untuk memenuhi kebutuhan individu yang menderita penyakit kronis di rumah. Biaya perawatan tidak boleh lebih dari 75% dari biaya rata-rata perawatan institusional di wilayah setempat.

LTHHCPI memberikan pelayanan keperawatan terampil minimal dua minggu sekali, meliputi terapi fisik, okupasi dan wicara, pelayanan sosial medis, dukungan nutrisi serta pelayanan perawatan personal. Jika memenuhi syarat, klien dapat menerima pelayanan modern atau pelayanan lepas, termasuk perawatan sosial harian, sistem kedaruratan personal, transportasi, perbaikan pemukiman, dan perawatan *respite*.

Lembaga berlisensi, menawarkan berbagai pelayanan yang mencerminkan pelayanan yang diberikan oleh CHHA. Kriteria pendaftaran, pembagian pelayanan yang terampil dan proses rujukan pada hakikatnya sama dengan CHHA. Namun, perbedaannya adalah pada bentuk pembayaran yang ditanggung klien. Tipe pelayanan kesehatan di rumah lainnya antara lain perawatan berdasarkan penyakit yakni program pelayanan kesehatan yang memerlukan perawatan kesehatan, pemantauan proses penyembuhan dan mengupayakan untuk tidak terjadi kekambuhan dan perawatan ulang ke rumah sakit. Tipe kedua adalah pelayanan kesehatan umum yang berfokus pada pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit. Tipe ketiga adalah pelayanan kesehatan khusus dimana pada kondisi klien yang memerlukan teknologi tinggi, misalnya kemoterapi dan sebagainya (Bukit, 2008).

Kriteria Klien *Home Care*

Adapun kriteria pendaftaran klien untuk melakukan perawatan di rumah atau *Home Care* menurut Zang (2003) adalah *Homebound*, kebutuhan akan pelayanan terampil, rencana penanganan klien di bawah dokter, masuk akal dan diperlukan. *Homebound* atau klien harus berada di rumahnya sendiri. Klien sebaiknya berada di luar rumah dalam waktu singkat, tidak sering dan berhubungan dengan keperluan medis. Kriteria kedua adalah kebutuhan akan pelayanan terampil. Kebutuhan klien harus didasarkan pada diagnosa dan kondisi klien. Klien membutuhkan minimal satu pelayanan terampil yang disediakan oleh lembaga penyelenggara perawatan di rumah. Pelayanan terampil yang biasanya tersedia adalah asuhan keperawatan terampil, terapi fisik, terapi okupasi dan terapi wicara. Selain pelayanan terampil, klien juga dapat menerima pelayanan bantuan kesehatan di rumah dan pelayanan yang diberikan pekerja sosial jika dibutuhkan.

Kriteria ketiga yakni rencana penanganan klien harus berada dibawah penanganan dokter yang bersedia mempersiapkan program pengobatan. Perawat dan dokter

bekerja sama dengan klien, mengembangkan suatu rencana perawatan yang berhubungan dengan diagnosa primer klien dan kebutuhan perawatan kesehatan yang prioritas. Rencana keperawatan meliputi semua diagnosa, pelayanan, dan peralatan yang dibutuhkan klien. Juga mencakup pengobatan dan terapi, aktivitas klien yang diperbolehkan, frekuensi kunjungan, tindakan keamanan untuk melindungi klien dari cedera, sasaran perawatan yang spesifik dan dapat diukur, potensial rehabilitasi dan rencana pulang. Klien dan keluarga harus bersedia berpartisipasi dalam rencana keperawatan. Misalnya jika klien membutuhkan perawatan luka setiap hari dan klien tidak mampu melakukannya, seorang anggota keluarga harus terlibat dalam penyuluhan. Jika anggota keluarga tidak bersedia, maka perawat harus melakukan kunjungan setiap hari sampai dikembangkan suatu rencana alternative atau sampai luka sembuh.

Calon klien juga harus memenuhi kriteria keempat yaitu masuk akal dan diperlukan, dimana perawatan yang klien butuhkan harus sesuai dengan kondisi klien dan hal tersebut penting sekali dalam meningkatkan kesehatannya. Penerimaan klien untuk mengikuti program *Home Care* didasarkan pada suatu harapan yang masuk akal bahwa kebutuhan klien dapat dipenuhi oleh lembaga di lingkungan tempat tinggalnya. Pada kunjungan pertama, perawat bertanggung jawab untuk menentukan mampu atau tidak staf perawatan di rumah merawat klien dengan aman dan adekuat. Sebelum klien diterima dalam program *Home Care*, perencana *Home Care* bekerja sama dengan klien dan keluarga dan menjamin ketersediaan rencana keperawatan dan unit gawat darurat selama lembaga tidak memberikan pelayanan.

Adapun kriteria klien yang dapat diterima untuk pelaksanaan CHHA yakni: (1) pada kebanyakan kasus, klien diharuskan berada di rumah; (2) pelayanan yang dibutuhkan bersifat terampil. Pelayanan bersifat kompleks dan membutuhkan keterampilan seorang perawat atau seorang ahli terapi; (3) pelayanan diberikan dibawah penanganan dokter yang merinci hal-hal yang harus disediakan serta frekuensi pelayanan yang akan diberikan; (4) klien memerlukan perawatan yang sesuai dengan kebutuhan dan diberikan berdasarkan jangka waktu tertentu. Klien juga dikunjungi setiap hari jika diindikasikan; (5) dokter meninjau ulang dan menyetujui rencana perawatan setiap 60 hari. Jika terjadi perubahan pada klien maka ditindaklanjuti minimal sekali setiap 60 hari; (6) klien yang tinggal sendiri di rumah dapat

melakukan perawatan diri secara mandiri dan mencari bantuan ke unit kedaruratan; (7) lingkungan rumah klien aman dan mendukung. Harus tersedia makanan, pakaian dan tempat berteduh yang adekuat; (8) dibutuhkan adanya kesediaan dan kemampuan seseorang untuk berpartisipasi dalam rencana perawatan; (9) keamanan staf lembaga dapat terpelihara saat memberikan pelayanan; (10) terdapat asumsi yang realistis bahwa selama pencapaian sasaran, kondisi klien akan mengalami perbaikan.

Kriteria klien yang dapat menerima pelayanan LTHHCPI adalah : (1) klien dapat dilayani di rumah sendiri; (2) lingkungan rumah aman dan mendukung; (3) klien memiliki orang dekat yang bersedia bekerja sama dan berpartisipasi dalam rencana perawatan; (4) klien yang tinggal sendiri di rumah dapat melakukan perawatan secara mandiri dan mencari bantuan ke unit kedaruratan; (5) klien yang menderita penyakit kronis dan membutuhkan pengawasan medis secara kontinyu di rumah; (6) adanya seorang dokter yang meninjau ulang dan menyetujui rencana perawatan klien dan akan mengkaji klien setiap 60 hari sekali; (7) kondisi kesehatan klien merupakan kondisi yang memerlukan perawatan kesehatan secara intermiten; (8) lembaga mengkaji ulang klien setiap 120 hari untuk menentukan apakah klien masih memenuhi kriteria penerimaan program Perawatan Kesehatan di Rumah Jangka Panjang.

Manfaat *Home Care*

Manfaat pelayanan *Home Care* dalam *Home Care for seniors* (2011) adalah (1) memberikan individu yang membutuhkan perawatan harkat dan kemadiran; (2) dapat membantu mencegah atau menunda perawatan di Rumah Sakit atau panti jompo; (3) mengizinkan kebebasan maksimal dan kenyamanan bagi individu; (4) menawarkan perawatan yang sesuai dengan kebutuhan individu dan keluarga; (5) dukungan keluarga sambil menjaga kebersamaan mereka; (6) dukungan keluarga sambil menjaga kebersamaan mereka.

Hoecke (2010) menyebutkan karena tekanan pertumbuhan keuangan dalam perawatan kesehatan dan pergeseran patologi, perawatan ini diselenggarakan di luar lembaga medis, yang membutuhkan peran yang lebih besar dari pasien dalam pengobatan dan perawatan penyakit kronis mereka dibandingkan rawat inap. Melalui cara ini, perawatan di rumah berevolusi pada pendekatan berbasis kebutuhan, dimana

aplikasi tidak hanya berfokus pada tujuan medis namun juga pada perawatan dan integrasi sosial. Konsep yang berpusat pada pasien ini yang membawa perawatan dari Rumah Sakit ke rumah pasien diharapkan menghasilkan biaya yang lebih rendah dan peningkatan kualitas hidup.

Peluang pasar industri *homecare* di kota Malang

Pusat pelayanan kesehatan di rumah atau yang sering dikenal di dunia keperawatan disebut *home health care center* yang akan dikembangkan adalah merupakan satu-satunya di Kota Malang, dan sebelumnya belum pernah ada di Kota Malang. Kota Malang merupakan kota terbesar kedua di Jawa Timur setelah Surabaya, dengan luas wilayah 110,06 KM² dan jumlah penduduk pada tahun 2005 sebesar 782.110 jiwa. Kota Malang merupakan pendidikan yang menjadi tujuan bagi lulusan SMA/SMK untuk melanjutkan studinya di perguruan tinggi. Hal tersebut menjadikan Kota Malang berkembang pesat, termasuk di sektor kesehatan. Terbukti dengan berdirinya 7 (tujuh) rumah sakit umum (RSU), 10 RB dan BKIA, dan sedang dalam pembangunan 2 RS Pendidikan, serta diikuti dengan berdirinya banyak puskesmas yang membuka rawat inap. Sehingga banyak pasien pasca perawatan di rumah sakit yang membutuhkan perawatan lanjutan di rumah, yang merupakan sasaran dari terbentuknya industri *homecare*.

Peluang pasar *homecare* ini sangat besar, hal ini bisa dilihat dari; (a). Kapasitas tempat tidur di rumah sakit umum dan swasta di Kota Malang adalah sebesar 1332 TT (tempat tidur), hal tersebut merupakan peluang pasar dari kegiatan ini dimana pasien KRS (keluar rumah sakit) yang memerlukan tindak lanjut perawatan di rumah dapat memanfaatkan jasa pusat pelayanan ini. (b). kecenderungan meningkatnya minat perawatan di rumah. (c). tingkat sosial ekonomi masyarakat yang membaik, (d). adanya perubahan perilaku kesehatan yang diiringi dengan pergeseran paradigma dari paradigma sakit menuju paradigma sehat. Artinya masyarakat saat ini lebih menyukai pelayanan yang sifatnya pencegahan dan peningkatan kesehatan (preventif dan promotif) karena secara finansial jauh lebih murah pencegahan dari pada pengobatan (Prasetyo, 2010).

Perawatan kesehatan di rumah yang merupakan salah satu bentuk pelayanan kesehatan adalah merupakan suatu komponen rentang pelayanan kesehatan yang

berkesinambungan dan komprehensif diberikan kepada individu dan keluarga ditempat tinggal mereka yang bertujuan untuk meningkatkan, mempertahankan atau memulihkan kesehatan atau memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan akibat dari penyakit. Keterbatasan masyarakat untuk membiayai pelayanan kesehatan pada kasus-kasus penyakit degeneratif yang memerlukan perawatan yang relatif lama, dengan demikian berdampak makin meningkatnya kasus yang memerlukan tindak lanjut keperawatan dirumah (SH. Landers, 2010). Manajemen rumah sakit yang berorientasi pada profit, merasakan bahwa pelayanan klien yang sangat lama (lebih 1 minggu) tidak menguntungkan bahkan menjadi beban bagi manajemen. Lingkungan dirumah ternyata dirasakan lebih nyaman bagi sebagian klien dibandingkan dengan perawatan dirumah sakit, sehingga dapat mempercepat proses penyembuhan (A Lang, 2008,2010).

Dasar pemikiran pentingnya homecare adalah menurunnya derajat kesehatan masyarakat yang diakibatkan oleh meningkatnya angka kesakitan pada keluarga sasaran khususnya keluarga rawan, keluarga yang rentan terhadap masalah kesehatan. Hal ini disebabkan karena adanya beberapa faktor, antara lain : Meningkatnya suatu penyakit di masyarakat, belum maksimalnya kegiatan home visit oleh petugas, kurang akuratnya data yang tersedia, lingkungan yang tidak sehat dan bersih. Selanjutnya dapat diidentifikasi masalah yang berhubungan langsung dengan masalah utama tersebut di atas adalah kurangnya kegiatan Perawatan Kesehatan Masyarakat oleh petugas yang disebabkan oleh beberapa faktor, antara lain: kurangnya kerjasama lintas program terkait, kurangnya sarana dan prasarana yang dibutuhkan, kurangnya kemampuan/keterampilan petugas , kurangnya motivasi petugas.

Manajemen Homevisit

Kunjungan rumah oleh perawat (home visit/home care) terencana, bertujuan untuk pembinaan keluarga rawan kesehatan. Kunjungan rumah merupakan suatu bentuk pelayanan kesehatan yang komprehensif bertujuan memandirikan pasien dan keluarganya, pelayanan kesehatan diberikan di tempat tinggal pasien dengan melibatkan pasien dan keluarganya sebagai subyek yang ikut berpartisipasi merencanakan kegiatan pelayanan, pelayanan dikelola oleh suatu unit/sarana/institusi baik aspek administrasi maupun aspek pelayanan dengan mengkoordinir berbagai

kategori tenaga profesional dibantu tenaga non profesional, di bidang kesehatan maupun non kesehatan.

Ruang Lingkup kunjungan rumah yaitu memberi asuhan keperawatan secara komprehensif, melakukan pendidikan kesehatan pada pasien dan keluarganya, mengembangkan pemberdayaan pasien dan keluarga. Mekanisme pelayanan home visit:

a. Proses penerimaan kasus.

- 1) Home visit menerima pasien dari tiap poliklinik di Puskesmas
- 2) Koordinator program Homevisit menunjuk perawat pelaksana Homevisit untuk mengelola kasus
- 3) Perawat pelaksana Homevisit membuat surat perjanjian dan proses pengelolaan kasus

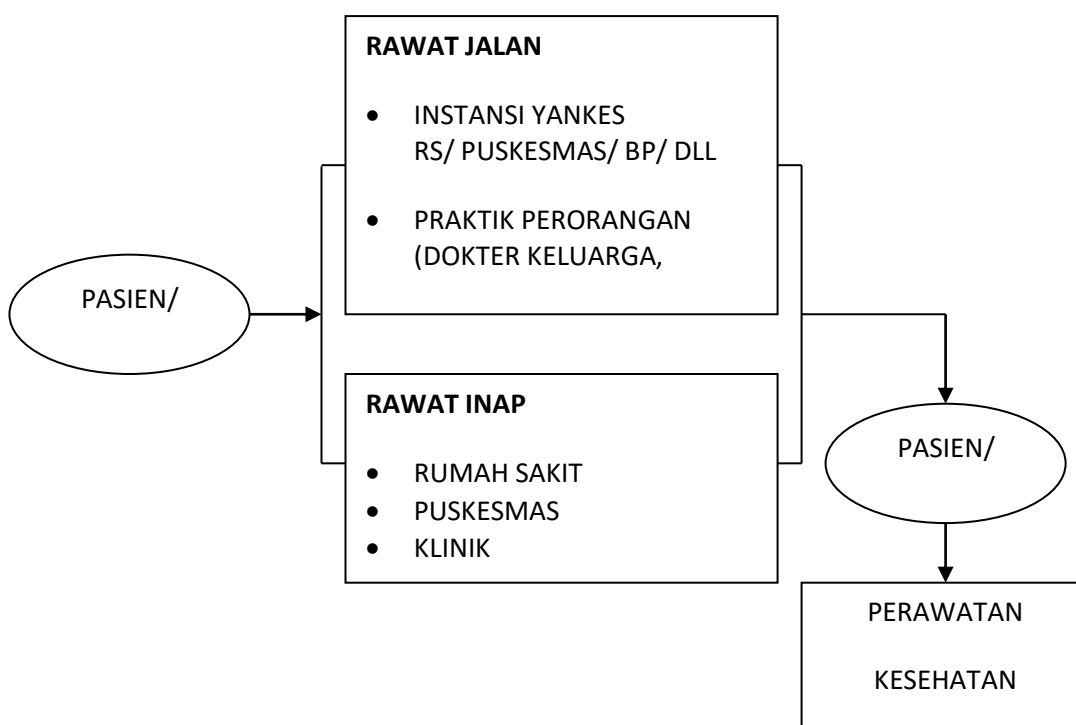
b. Proses pelayanan home visit:

- 1) Persiapan terdiri dari memastikan identitas pasien, bawa denah/petunjuk tempat tinggal pasien, lengkap kartu identitas unit tempat kerja, memastikan perlengkapan pasien untuk di rumah, menyiapkan file asuhan keperawatan, menyiapkan alat bantu media untuk pendidikan.
- 2) Pelaksanaan terdiri dari pengenalan diri dan jelaskan tujuan, observasi lingkungan yang berkaitan dengan keamanan perawat, lengkapi data hasil pengkajian dasar pasien, membuat rencana pelayanan, lakukan perawatan langsung, diskusikan kebutuhan rujukan, kolaborasi, konsultasi, diskusikan rencana kunjungan selanjutnya dan aktifitas yang akan dilakukan, dokumentasikan kegiatan.
- 3) Monitoring dan evaluasi antara lain keakuratan dan kelengkapan pengkajian awal, kesesuaian perencanaan dan ketepatan tindakan, efektifitas dan efisiensi pelaksanaan tindakan oleh pelaksana.
- 4) Proses penghentian pelayanan home visit, dengan kriteria : tercapai sesuai tujuan, kondisi pasien stabil, program rehabilitasi tercapai secara maksimal, keluarga sudah mampu melakukan perawatan pasien, pasien di rujuk, pasien menolak pelayanan lanjutan, pasien meninggal dunia.
- 5) Pembiayaan home visit terdiri dari:
 - a. Prinsip penentuan tarif antara lain pemerintah/masyarakat bertanggung jawab dalam memelihara kesehatan, disesuaikan dengan kemampuan

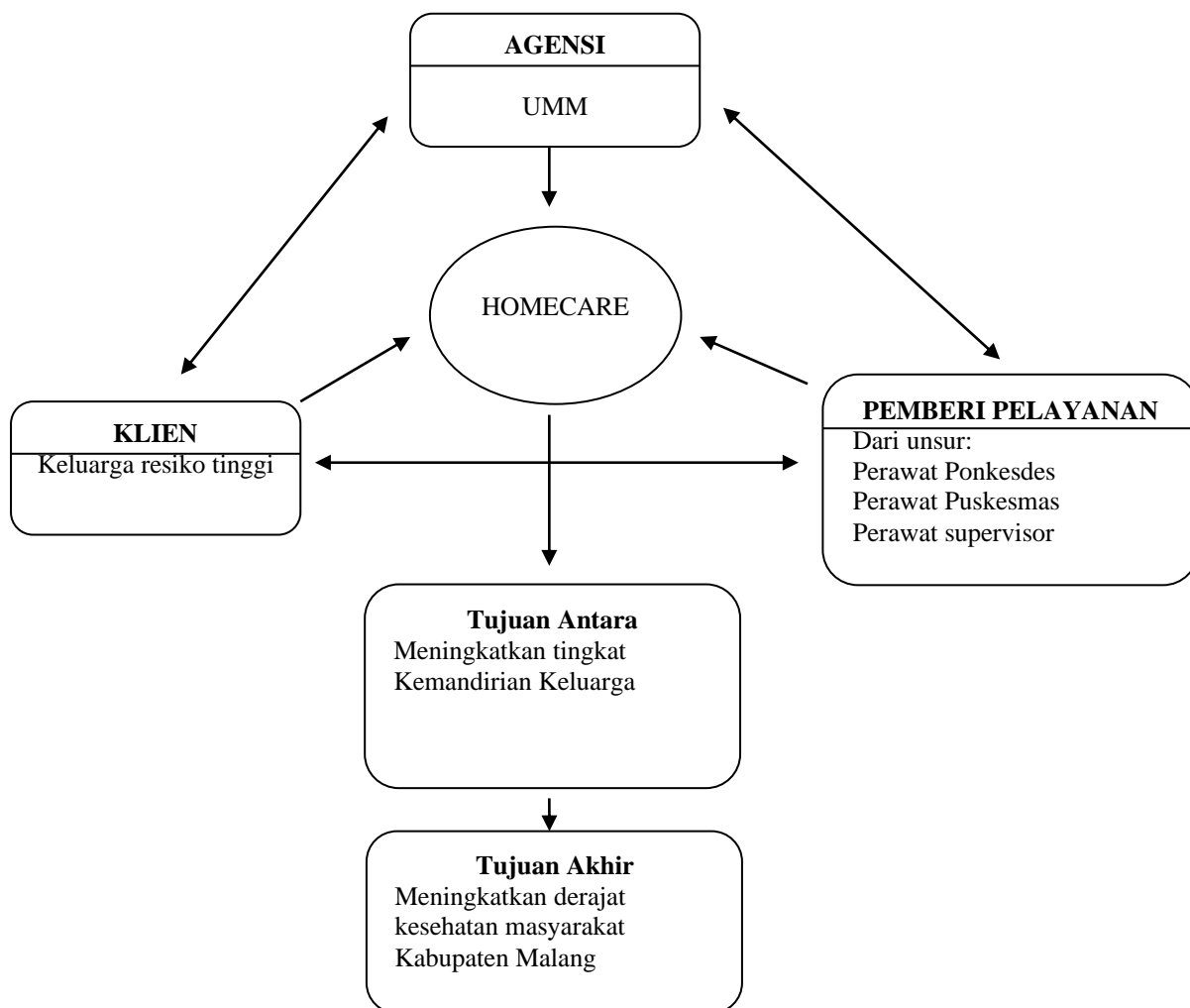
keuangan dan keadaan sosial ekonomi, mempertimbangkan masyarakat berpenghasilan rendah/asas gotong royong, pembayaran dengan asuransi ditetapkan atas dasar saling membantu, mencakup seluruh unsur pelayanan secara proporsional

- b. Jenis pelayanan yang kena tarip antara lain jasa pelayanan tenaga kesehatan, imbalan atas pemakaian sarana kesehatan yang digunakan langsung oleh pasien, dana transportasi untuk kunjungan pasien

Manajemen *homecare* terdiri dari 3 (tiga) unsur yaitu pengelola pelayanan, pelaksanaan pelayanan dan klien. Pengelola Pelayanan adalah agensi atau unit yang bertanggung jawab terhadap seluruh pengelolaan perawatan kesehatan di rumah baik penyediaan tenaga, sarana dan peralatan serta mekanisme pelayanan sesuai standar yang ditetapkan. Pelaksanan pelayanan tersebut terdiri dari koordinator kasus dan pelaksanaan pelayanan. Klien adalah penerima perawatan kesehatan di rumah dengan melibatkan salah satu anggota keluarga sebagai penanggung jawab yang mewakili klien. Apabila diperlukan keluarga dapat juga menunjukkan seseorang yang akan menjadi pengasuh (*care-giver*) yang melayani kebutuhan sehari-hari dari klien.



Kontinuitas eradaannya telah
 Gambar 1: Kontinuitas bahan baku homecare
 dijamin oleh instansi pelayanan kesehatan. Tiga pilar utama dalam homecare meliputi: agensi, pemberi pelayanan, dan klien (gambar 2)



Gambar 2: Model kerjasama homecare

Agensi adalah unit yang bertanggung jawab terhadap seluruh pengelolaan perawatan kesehatan di rumah baik penyediaan tenaga, sarana dan peralatan serta mekanisme pelayanan sesuai standar yang ditetapkan. Sarana dan peralatan yang diperlukan adalah sebuah klinik sebagai homebase pelayanan. Klinik homecare ini akan memberikan pelayanannya baik didalam gedung maupun diluar gedung. Pelayanan diluar gedung artinya perawatan dilakukan di rumah klien. Selain klinik, perijinan dan peralatan, serta sumberdaya manusia menjadi tanggung jawab dari agensi. Unsur pengelola pelayanan terdiri dari Direktur, manager administrasi, manager pelayanan dan dokter penanggung jawab. Direktur bertanggungjawab terhadap pengelolaan unit Pusat pelayanan kesehatan di rumah. Dalam menjalankan tugasnya seorang direktur dibantu oleh manager administrasi yang bertugas untuk mengatur dan mengkoordinir pembukuan keuangan dan administrasi dalam unit ini. Setiap akhir

periode per tahunnya, manager administrasi bertugas untuk melaporkan hasil pembukuan keuangan (biaya pengeluaran dan pendapatan yang diperoleh per tahun) dan administrasi (sarana dan prasarana) dari unit ini kepada direktur. Selain dibantu oleh manager administrasi, seorang direktur juga dibantu oleh manajer pelayanan yang bertugas untuk mengkoordinir pemberian pelayanan kepada klien. Dalam menjalankan tugasnya, direktur juga dibantu oleh dokter penanggung jawab yang berfungsi sebagai konsultan pemberian layanan medis.

Pemberi pelayanan adalah perawat kordinator kasus dan perawat pelaksana. Kriteria dari perawat kordinator adalah berusia minimal 21 tahun, Mempunyai ijazah formal pendidikan Keperawatan yang diakui oleh pemerintah (minimal Diploma-III Keperawatan), Mempunyai sertifikat pelatihan Perawatan Kesehatan di Rumah bagi Koordinator kasus (case manajer), Pengamanan bekerja di unit pelayanan kesehatan minimal 3 (tiga) tahun, Mampu melakukan pengkajian awal dan melakukan analisis terhadap kasus untuk menyusun rencana intevensi, Mampu bekerja sama dalam tim dan mampu memimpin, Mampu menjalankan melaksanakan bimbingan teknis, monitoring dan evaluasi, Mampu memberikan pelayanan sesuai dengan etika yang ditetapkan.

Hak dan kewajiban kordinaor kasus sebagai berikut: hak: Mengetahui tentang hak dan kewajibannya secara tertulis, Berhak mendapatkan imbalan jasa sesuai dengan perjanjian kerja, Memperoleh perlakuan yang layak sesuai norma yang berlaku, Berhak menolak tugas, prosedur atau tindakan medis diluar rincian tugasnya (*job description*) yang disepakati, Memperoleh informasi yang berkaitan dengan setiap perubahan pelayanan, perubahan tarif pelayanan dan kemungkinan dihentikannya perjanjian kerja, Mempunyai akses kepada pemerintah yang mengendalikan Perawatan Kesehatan di Rumah atau pengaturan pekerja melalui berbagai media, Berhak mengemukakan pendapat yang berkaitan dengan peningkatan mutu pelayanan serta perlindungan terhadap pelaksana pelayanan maupun klien, Mendapat perlindungan hukum atas tindakan yang diterima dan dirasakan merugikan dan menyimpang dari peraturan yang berlaku, Memperoleh dukungan dari pengelola dan lien serta keluarganya dalam melaksanakan tugasnya.

Kewajiban Koordinator Kasus: Mentaati peraturan dan disiplin kerja yang telah ditetapkan oleh pengelola, Memberikan pelayanan yang professional yang bermutu sesuai dengan standar pelayanan yang ditetapkan serta kode etik profesi, Merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya berkaitan dengan keadaan klien dengan tidak memberitahukan kepada siapapun, Melaksanakan tugas sesuai dengan rencana pelayanan yang telah disepakati, Bekerja sama dan saling mendukung dengan pelaksana pelayanan lainnya dalam tim pelayanan non demi keberhasilan pelayanan, Mematuhi perjanjian kerja yang telah dibuat, Menghargai hak-hak klien dengan tidak melakukan pelanggaran terhadap hak-hak tersebut, Membuat laporan rutin kepada penanggung jawab pelayanan sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Persyaratan Perawat Pelaksana: Berusia minimal 21 tahun, Mempunyai ijazah formal yang diakui oleh pemerintah, bagi tenaga professional (keperawatan, pekerja sosial, terapis), Mempunyai sertifikat pelatihan Perawatan Kesehatan di Rumah dari institusi pelatihan yang berwenang, Mampu memberikan pelayanan secara mandiri dan bertanggung jawab, Mampu menjalankan standar prosedur yang ditetapkan, Mampu memberikan pelayanan yang sesuai dengan etika yang ditetapkan.

Hak Perawat Pelaksana: Mengetahui tentang hak dan kewajibannya secara tertulis, Berhak mendapat imbalan jasa sesuai dengan perjanjian kerja, Memperoleh perlakuan yang layak sesuai norma yang berlaku, berhak menolak tugas, prosedur atau tindakan medis diluar rincian tugasnya (*job description*) yang disepakati, Memperoleh informasi yang berkaitan dengan setiap perubahan pelayanan, perubahan tarif pelayanan dan kemungkinan dihentikannya perjanjian kerja, Mempunyai akses kepada pemerintah yang mengendalikan Perawatan Kesehatan di Rumah atau pengaturan pekerjaan melalui berbagai media, Berhak mengemukakan pendapat yang berkaitan dengan peningkatan mutu pelayanan serta perlindungan terhadap pelaksana pelayanan maupun klien, Mendapat perlindungan hukum atas tindakan yang diterima dan dirasakan merugikan dan menyimpang dari peraturan yang berlaku, Memperoleh dukungan dari pengelola dan klien serta keluarganya dalam melaksanakan tugasnya.

Kewajiban Perawat Pelaksana: Mentaati peraturan dan disiplin kerja yang telah ditetapkan oleh pengelola, Memberikan pelayanan yang professional dan bermutu

sesuai dengan standar pelayanan yang ditetapkan, Merahasiakan sesuatu yang diketahuinya berkaitan dengan keadaan klien dengan tidak memberitahukan kepada siapapun, Melaksanakan tugas sesuai dengan rencana pelayanan yang telah disepakati, Bekerja sama dan saling mendukung dengan pelaksana pelayanan lainnya dalam tim pelayanan non demi keberhasilan pelayanan, Mematuhi perjanjian kerja yang telah dibuat, Menghargai hak-hak klien dengan tidak melakukan pelanggaran terhadap hak-hak tersebut, Membuat laporan rutin kepada penanggung jawab pelayanan sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Sumber daya manusia

Perawat komunitas dari Perguruan Tinggi harus mempunyai kualifikasi Magister Keperawatan Spesialis Keperawatan Komunitas yang mempunyai tugas:

- a) Mengembangkan, koordinasi, dan evaluasi program home visit
- b) Mengembangkan dan implementasi kebijakan dan prosedur kesehatan masyarakat
- c) Manajemen kasus pada keluarga dengan kebutuhan kesehatan yang khusus
- d) Supervisi dan evaluasi pada tenaga kesehatan lain dan mendukung program

Perawat yang ditunjuk oleh Puskesmas harus mempunyai kualifikasi yaitu minimal D3 Keperawatan dan pernah mengikuti pelatihan/sertifikasi Homevisit serta memiliki pengalaman kerja di Puskesmas yang mempunyai tugas sebagai berikut:

1. Pertemuan dengan perawat pelaksana Homevisit/penanggung jawab daerah binaan (darbin) untuk mengidentifikasi masalah prioritas dengan data epidemiologi, merencanakan kegiatan Homevisit, memfasilitasi pembahasan masalah dalam Refleksi Diskusi Kasus (RDK), membahas masalah keuangan.
2. Kunjungan lapangan untuk melakukan bimbingan pada perawat pelaksana
3. Penyusunan laporan yang disusun berdasarkan hasil evaluasi pelaksanaan Homevisit yang merupakan bahan pertanggung jawaban kepada Kepala Puskesmas.

Indikator Keberhasilan Homevisit

Ada 2 (dua) indikator keberhasilan kinerja Homevisit, terdiri dari:

1. Indikator kinerja klinik

a. Ada 4 indikator dalam menilai keberhasilan kinerja klinik Homevisit yaitu:

Indikator input, meliputi:

- 1) Persentase perawat koordinator
- 2) Persentase perawat terlatih keperawatan kesehatan komunitas
- 3) Persentase Penanggung jawab daerah binaan/desa yang mempunyai PHN Kit
- 4) Persentase Puskesmas memiliki pedoman/standar
- 5) Tersedia dana operasional untuk pembinaan
- 6) Tersedia standar/pedoman/SOP pelaksanaan kegiatan
- 7) Tersedia dukungan administrasi (buku register, family folder, formulir laporan)

b. Indikator proses

- 1) Persentase keluarga rawan mempunyai *family folder*
- 2) Mapping (peta) sasaran Perkemas
- 3) Rencana kegiatan Homevisit (POA)
- 4) Bukti Pembagian tugas perawat
- 5) Ada kegiatan koordinasi dengan petugas kesehatan lain
- 6) Catatan keperawatan
- 7) Kegiatan Refleksi Diskusi Kasus
- 8) Hasil pemantauan dan evaluasi

c. Indikator *output (key indicator)*

- 1) Persentase keluarga rawan dibina
- 2) Persentase keluarga selesai dibina
- 3) Persentase penderita (prioritas SPM) dilakukan tindak lanjut keperawatan (*follow up care*)
- 4) Persentase kelompok dibina
- 5) Persentase daerah binaan di suatu wilayah

d. Indikator hasil (*Outcome*) yang ingin dicapai adalah terbentuknya keluarga mandiri dalam memenuhi kesehatannya/mengatasi masalah kesehatannya yang terdiri dari 4 tingkatan keluarga mandiri (KM),

Tingkat kemandirian keluarga di Indonesia dibagi menjadi empat tingkat yaitu keluarga mandiri tingkat I, keluarga mandiri tingkat II, keluarga mandiri tingkat III, dan keluarga mandiri tingkat IV. Tingkat kemandirian ini didasarkan pada kemampuan keluarga dalam menerima petugas kesehatan, mengenali masalah kesehatan yang terjadi pada keluarganya, dan melaksanakan upaya-upaya secara mandiri dalam bidang kesehatan (Depkes, 2006). Secara rinci adalah sebagai berikut:

Tabel tingkat kemandirian keluarga Indonesia

Klasifikasi	Indikator
Keluarga Mandiri Tingkat I (KM-I)	Menerima petugas perawat kesehatan komunitas Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan
Keluarga Mandiri Tingkat II (KM-II)	KM-I ditambah Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatan secara benar Melakukan perawatan sederhana sesuai dengan yang dianjurkan
Keluarga Mandiri Tingkat III (KM-III)	KM-II ditambah Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan secara aktif Melaksanakan tindakan pencegahan secara aktif
Keluarga Mandiri Tingkat IV (KM-IV)	KM-III ditambah Melaksanakan tindakan promotif secara aktif

Indikator kinerja fungsional

Indikator kinerja fungsional yaitu indikator kinerja perawat Puskesmas untuk mengukur pencapaian angka kredit jabatan fungsionalnya yaitu jumlah angka kredit yang dicapai sama dengan jumlah kegiatan perawat dalam mencapai indikator klinik (output) nya.

Pemantauan Dan Penilaian Homevisit

Pemantauan dilaksanakan secara periodik setiap bulan oleh kepala Puskesmas dan Perawat koordinator Homevisit. Hasil pemantauan terhadap pencapaian indikator kinerja menjadi masukan untuk perbaikan dan peningkatan kinerja perawat

berikutnya, peningkatan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan. Sedangkan penilaian dilaksanakan minimal setiap akhir tahun dan hasilnya digunakan untuk masukan dalam penyusunan perencanaan kegiatan Homevisit pada tahun berikutnya. Untuk memudahkan pemantauan dan penilaian kinerja Homevisit maka dilakukan penyajian hasil dengan menggunakan tabel, grafik balok/garis atau grafik Pemantauan Wilayah Setempat (PWS). Penilaian dilakukan setahun sekali meliputi semua aspek baik input, output, outcome sebagai masukan penyusunan rencana kegiatan Homevisit tahun berikutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Amirullah. 2002. Perilaku Konsumen. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Ariella Lang, Nancy Edwards And Andrea Fleiszer. Safety in home care: a broadened perspective of patient safety School of Nursing, University of Ottawa, Ottawa, Canada. International Journal for Quality in Health Care 2008; Volume 20, Number 2: pp. 130–135
- Ariella Lang. There's no place like home: research, practice and policy perspectives regarding safety in homecare International Journal for Quality in Health Care 2010; Volume 22, Number 2: pp. 75–77
- Arikunto, Suharsimi. 2006. Prosedur penelitian edisi revisi 6. Jakarta. PT Asdi Mahasetya.
- Arsanti Kurniasari, Tjahjono Kuntjoro. Pelayanan Rawat Inap Puskesmas Analisis Kebutuhan Pelanggan Puskesmas Pijoan Baru Propinsi Jambi. Working Paper Series No. 22, Juli 2006. Universitas Gajah Mada
- Bukit, Evi Karota. 2008. Perawatan kesehatan di rumah (home health care). http://repository.usu.sc.id/bitstream/123456789/3585/1/eva_karota_bukit.pdf. diakses tanggal 16 Maret 2011.
- Clare Liddy, Joanne J. Dusseault Simone Dahrouge, William Hogg, Jacques Lemelin, Jennie Humbert. Telehomecare for patients with multiple chronic illnesses. Canadian Family Physician 2008;54:58-65. Vol 54: January 2008
- Departemen Kesehatan RI. 2009. Rencana pembangunan jangka panjang bidang kesehatan 2005-2025. http://www.depkes.go.id/downloads/newdownloads/rancangan_RPJK_2005_-_2025.pdf. Diakses tanggal 26 Maret 2011
- Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan. 2006. Panduan pelayanan kesehatan di rumah. Jakarta. Departemen Kesehatan RI
- Douglas J. Opel, Douglas S. Diekema, Nancy R. Lee, Edgar K. Marcuse. Social Marketing as a Strategy to Increase Immunization Rates. Arch Pediatr Adolesc Med/vol 163 (no. 5), May 2009

- Hidayat, Alimul Aziz. 2003. Riset keperawatan dan teknik penulisan ilmiah. Jakarta: Salemba Medika
- Hidayat, Alimul Aziz. 2009. Metode penelitian keperawatan dan teknik analisa data. Jakarta: Salemba Medika
- Homecare for senior. 2011. Benefits of senior/elder homecare services. <http://www.homecare4seniors.net/benefits.html>. diakses tanggal 27 Maret 2011
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2009. Rancangan keputusan menteri kesehatan Republik Indonesia nomor 374/Menkes/SK/V/2009 tentang sistem kesehatan nasional, Jakarta. Kementerian Republik Indonesia.
- Kementrian Pendidikan Nasional Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi. Pemberitahuan Hasil Evaluasi Program Pengabdian kepada Masyarakat untuk dibiayai pada tahun anggaran 2011. 4 Januari 2011
- Kotler, Philip dan Gary Amstrong, alih bahasa, Damos Sihombing. Editor. Wisnu C. Kristiaji. 2001. Prinsip-prinsip pemasaran edisi 8 jilid 1. Jakarata. Erlangga
- Lupiyoadi, Rambat. 2001. Manajemen pemasaran jasa: teori dan praktik. Jakarta.Salemba Empat
- Markkanen, Pia.2008. Studying home health care nurses and aides: research design and challenges. *Journal of research in nursing* vol 13 (6) 480 – 495
- Nina Septi Wardani. 2011. Critical Activities Report in Clinical Teaching Universidade Do Minho Portugal. (Laporan aktivitas mahasiswa FIKES UMM) beasiswa Erasmus Mundus Program di Universitas Do Minho Portugal.
- Parreault, William D,Joseph P.Cannon.,E Jerome McCarthy. 2009. Basic marketing: a marketing strategy planning approach. Newyork. McGraw-Hill Irwin
- Pia Markkanen, Stephanie M Chalupka, Catherine Galligan, Susan R Sama, Rebecca J Gore, Hyun Kim, Anila Bello, David Kriebel and Margaret Quinn. Studying home health care nurses and aides: research design and challenges. DOI: 10.1177/1744987108092055. *Journal of Research in Nursing* 2008 13: 480
- Riduwan. 2009. Dasar-dasar statistik. Bandung.Alfabeta
- Sabarinah Prasetyo, Iwan Ariawan. 2002. Biostatistika dasar untuk rumah sakit. Jurusan Kependudukan dan Biostatistik. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia. Diktat yang tidak dipublikasikan
- Sofie Van Hoecke, Kristof Steurbaut, Kristof Taveirne, Filip De Turck and Bart Dhoedt. Design and implementation of a secure and user-friendly broker platform supporting the end-to-end provisioning of e-homecare services. Department of Information Technology, Ghent University, Belgium. *Journal of Telemedicine and Telecare* 2010; 16: 42–47 DOI: 10.1258/jtt.2009.001011

Steven H. Landers, Paula Suter, Beth Hennessey, Bringing home the 'medical home' for older adults. *Cleveland Clinic Journal Medicine* Volume 77 Number 10 Oktober 2010. DOI:10.3949/ccjm.77a.10006

Yoyok Bakti Prasetyo, Faqih Ruhyanudin, Sri Sunaringsih Ika Wardoyo, Kumboyono. Pusat pelayanan kesehatan di rumah (*home health care center*) Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Malang Tahun 2010 (Program Pengabdian kepada masyarakat dibiayai DIKTI tahun 2010).

Zang, Sheryl Mara.2003. Manual perawatan di rumah. Penerbit buku kedokteran EGC. Jakarta